

Académie d'ORLEANS-TOURS

École :

Année :

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS

#### ÉLÈVE

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexe : M  F

Né(e) le : .... / .... / ..... Lieu de naissance : Pays : \_\_\_\_\_  
Pour la France (commune et département) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

#### RESPONSABLES LÉGAUX \*

Mère Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Autorité parentale : Oui  Non

Nom marital (nom d'usage) : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
(si différente de celle de l'élève)

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : | | | | | | | | | |

Téléphone portable : | | | | | | | | | |

Téléphone travail : | | | | | | | | | |

Numéro de poste : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Père Nom : \_\_\_\_\_ Autorité parentale : Oui  Non

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
(si différente de celle de l'élève)

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : | | | | | | | | | |

Téléphone portable : | | | | | | | | | |

Téléphone travail : | | | | | | | | | |

Numéro de poste : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Autre responsable légal (personne physique ou morale) Autorité parentale : Oui  Non

Organisme : \_\_\_\_\_ Personne référente : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : | | | | | | | | | |

Téléphone portable : | | | | | | | | | |

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

#### INFORMATIONS PÉRISCOLAIRES

Garderie matin : Oui  Non  Garderie soir : Oui  Non

Étude surveillée : Oui  Non  Restaurant scolaire : Oui  Non

Déplacement domicile - école : Seul  Accompagné  Transport scolaire : Oui  Non

\*Responsables légaux : il est important de renseigner le document concernant les deux responsables légaux pour la transmission des résultats scolaires (circulaire n°94-149 du 13/04/1994) et les élections des représentants des parents d'élèves : chaque parent est désormais électeur et éligible (note de service n°2004-104 du 25/06/2004)

Le droit d'accès et de rectification des personnes aux données les concernant s'exerce auprès du directeur d'école, de l'IFEN de circonscription ou de l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale dans les conditions définies par les articles 39 et 40 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004.

Les données renseignées sur cette fiche seront prises en compte par le directeur d'école dans le logiciel de l'Education Nationale, « Base Elèves 1<sup>er</sup> Degré ». Le maire de la commune est également destinataire de ces données, dans le cadre de ses compétences légales en matière d'inscription scolaire et de contrôle de l'obligation scolaire.

Nous nous engageons à vous signaler tout changement mentionnés sur cette fiche.  
 Date : \_\_\_\_\_  
 Signature de la mère : \_\_\_\_\_  
 Signature du père : \_\_\_\_\_

Père :  Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves.  
 Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires.  
 Mère :  Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves.  
 Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires.

**AUTORISATION (à remplir par les deux parents en cas d'adresses différentes) (Ne cocher qu'en cas de refus)**

Compagnie d'assurance: \_\_\_\_\_ Numéro de police d'assurance : \_\_\_\_\_  
 Responsabilité civile : Oui  Non   
 Individuelle Accident : Oui  Non

**ASSURANCE DE L'ENFANT**

Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Numéro de poste : \_\_\_\_\_  
 Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  
 Autorisé à prendre l'enfant  
 A appeler en cas d'urgence  
 NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Numéro de poste : \_\_\_\_\_  
 Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  
 Autorisé à prendre l'enfant  
 A appeler en cas d'urgence  
 NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Numéro de poste : \_\_\_\_\_  
 Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  
 Autorisé à prendre l'enfant  
 A appeler en cas d'urgence  
 NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

**PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE**

FICHE D'URGENCE A L'ATTENTION DES PARENTS \*

Nom de l'établissement : ..... Année scolaire : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Classe : ..... Date de naissance : .....

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : .....

⇒ En cas d'urgence pour un élève accidenté ou malade, les personnels de l'Education Nationale sont dans l'obligation d'appeler le centre 15. Le médecin régulateur du 15 est chargé d'évaluer la gravité de la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources disponibles (médecins généralistes ou pompiers ou ambulances privées ou SMUR). Il convient de leur faire confiance.  
 ⇒ La famille est immédiatement avertie par l'établissement scolaire.  
 ⇒ Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital, qu'accompagné de sa famille. Une exception peut être envisagée pour les internes.

**Veillez faciliter notre tâche en nous donnant le maximum de numéros de téléphones :**

- 1- N° de téléphone du domicile : .....
- 2- N° du travail du père : ..... ou portable : .....
- 3- N° du travail de la mère : ..... ou portable : .....
- 4- Nom et numéro de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :  
.....

N° et adresse du centre de sécurité sociale : .....

N° et adresse de l'assurance scolaire : .....

⇒ Vaccinations :

- Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : .....  
(pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)
- Joindre une photocopie des pages de vaccinations

⇒ Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...) : .....

NOM, adresse et N° de téléphone du médecin traitant : .....

Date : .....

Signature du représentant légal :

\*DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.

